

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 療養担当者が意見を記入するところ                             | 患者氏名  |  |  |
|  | 傷病名 (1)   | 初診日 (療養の給付開始年月日) (1)   | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和  |
|  | 傷病名 (2)   | 初診日 (療養の給付開始年月日) (2)   | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和  |
|  | 傷病名 (3)   | 初診日 (療養の給付開始年月日) (3)   | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和  |
| 発病または負傷の年月日                                  | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 | <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷                                |  |
| 労務不能と認められた期間                                 | から まで 日間  | 発病または負傷の原因   |  |
| うち入院期間                                       | から まで 日間入院  | 療養費用の別   | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他   |
| 診療<br>実日数<br>(入院期間を含む)<br>日                  | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |
|  |   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |
|  |   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |
| 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |   |  |  |
| 手術年月日  |   | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和                            |  |
| 退院年月日  |   | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和                            |  |
| 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見            |   |  |  |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき                        | 人工透析の実施または人工臓器を装着した日  | 人工臓器等の種類   | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 上記のとおり相違ありません。                               |   |  |  |
| 医療機関の所在地                                     | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 |  |  |
| 医療機関の名称                                      | 電話番号  | ※ハイフン除く  |  |
| 医師の氏名  |   |  |  |

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

|  |  |   |        |
|--|--|---|--------|
| 患者氏名 (カタカナ)                                    |  |   |        |
| 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 |  |   |        |
| 労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)   | 令和   | 年   | 月 日 から |
|  | 令和   | 年   | 月 日 まで |
| 傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)                     | 初診日 (療養の給付の開始年月日)  | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 | 年 月 日  |
| 発病または負傷の原因                                     |  |   |        |
| 発病または負傷の年月日                                    | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和    | 年 月 日   |        |
| 労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。                     | <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ |   |        |
| 上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等          |  |   |        |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。                            |  |   |        |
| 医療機関の所在地                                       | 令和   | 年   | 月 日    |
| 医療機関の名称  |  |   |        |
| 医師の氏名  |  |   |        |
| 電話番号   |  |   |        |

様式番号

6 0 1 4 6 7

6 0 1 4 1 1 0 1